69e Année. 11e Série. Tome I. N° 15 9 Avril 1898

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Revue Clinique de Médecine, Chirurgie & Obstétrique

Directeur : **F. DE RANSE.** — *Rédacteur en chef :* **Marcel BAUDOUIN.**

SOMMAIRE. — Bulletin : La question du Biberon à la campagne, par Marcel Baudouin. — Clinique gynécologique : De l'endométrite sénile, par le Dr Lorrain. — Ophtalmologie : Indications et contre-indications respectives de l'anesthésie locale et de l'anesthésie générale, par le Dr A. Terson. — Revue des Sociétés Savantes de la Semaine : I. *Medecine.* — II. *Chirurgie.* — Les Livres nouveaux. — Variétés : Exercice illégal de la médecine. — Accord touchant. — La peste aux Indes. — Formules. — Nouvelles et Faits divers. — Bulletin bibliographique.

BULLETIN

La question du Biberon à la campagne.

La question du Biberon doit être envisagée à différents points de vue : à la ville, à l'hôpital, ou en rase campagne.

Pour l'hôpital et pour la ville, il est relativement facile d'obtenir des mères, des nourrices ou des infirmières l'usage exclusif du *biberon sans tube*. Les premières comprennent l'importance de cette petite révolution dans l'élevage des enfants et savent que la vie de leur bébé chéri en dépend tout entière. Aussi elles n'hésitent pas à obéir au médecin. Pour les mercenaires, incessamment surveillées par les parents ou les chefs de service, on obtient aussi facilement qu'elles ne recourent plus aux modèles antiques et dangereux.

Mais, à la campagne, et surtout chez les nourrices mercenaires, il n'en est plus ainsi. Nous avons eu récemment l'occasion de séjourner dans un pays où la stirpiculture est une des principales ressources de la population féminine ; où cette industrie est passée à l'état d'une véritable spécialité, à un point tel que beaucoup de jeunes filles s'empressent, dès qu'elles le peuvent, de devenir enceintes pour pouvoir acquérir, par leur travail de nourrice, le petit pécule nécessaire à leur établissement et à leur mariage. Quelque chose de tout à fait analogue, comme on le voit, à ce qui s'observe en Algérie, chez certaines tribus arabes, dont les filles se livrent à la prostitution, dans les villes, pour acquérir la dot à payer au futur mari.

Eh bien! dans ce milieu campagnard, où, malgré l'excellente loi Roussel, la surveillance est des plus difficiles à obtenir d'une façon efficace, il est terriblement malaisé d'exiger l'usage exclusif du biberon sans tube. Ce dernier, en effet, exige des soins constants de la part de la nourrice, qui ne peut quitter le voisinage du berceau, car l'enfant ne peut boire seul avec le biberon « nouveau jeu ». Les paysannes qui se livrent à l'élevage humain, pour des sommes relativement modestes, étant obligées de s'absenter assez souvent de la maison, préfèrent l'appareil antique et solennel, avec son long col rouge, réceptacle à microbes surtout à certaines époques de l'année. Comme elles voient de loin arriver le médecin inspecteur dans sa carriole au pas prudent pourvu qu'il ait passé la trentaine, elles s'empressent de substituer, pendant la visite, le biberon nouveau type à l'ancien, et le tour est joué. Je n'irai pas jusqu'à dire que nos excellents confrères n'y voient que du... feu : ce qui serait un mensonge, une hérésie ou de la mauvaise foi, car c'est de l'un d'eux que je tiens ces détails. Mais je dois avouer qu'ils n'ont aucun intérêt, — bien au contraire! — à dénoncer ces faits ; et c'est là où je voulais en venir.

Si, dans un pays semblable, un médecin inspecteur avait — je ne dis pas le courage, ce n'en serait pas en l'espèce, mais la bêtise (le mot n'est pas trop fort) — d'ouvrir la bouche sur ces faits, il devrait *de suite* quitter le pays. On l'en chasserait à coups de fourche ; ou si, plus paisiblement, l'on se bornait à crier haro sur l'inspecteur honnête, il ne faudrait plus compter sur la clientèle, donc se résoudre à plier bagage.

Aussi bien, est-ce peut-être ailleurs qu'il faut chercher le remède à cet état de choses, qui indigne à bon droit le médecin de l'Administration. Le Comité supérieur de la protection des enfants du premier âge a trouvé, ce me semble, la véritable solution. Il demande, avec raison, au Ministre de l'intérieur de présenter aux Chambres un projet de loi interdisant la *fabrication*, l'*importation* et la *vente* du *biberon à tube*. Le Ministre a soumis la question à l'Académie de médecine. Espérons qu'elle approuvera ce projet. Les Députés n'auront plus, à leur tour, qu'à faire leur œuvre! Mais ils seront peut-être longtemps avant de s'en mêler.

Marcel Baudouin.

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

De l'Endométrite sénile.

Par le docteur LORAIN (de Paris).

Par *endométrite sénile*, j'entends un état inflammatoire de la muqueuse utérine survenant chez une femme dont l'appareil génital a subi les modifications anatomiques et physiologiques dont l'ensemble constitue l'*involution sénile*. L'affection que j'étudie est donc bien distincte de la métrite qui se produit à la ménopause, et qui reconnaît comme cause prédisposante essentielle les troubles circulatoires dont l'utérus est le siège à cette période de la vie.

L'endométrite sénile peut être considérée comme une maladie rare, si on compare sa fréquence à celles des différentes formes de l'endométrite pendant la période d'activité génitale. Sur 500 cas environ d'endométrite observés dans une policlinique, dans l'espace de deux ans et demi, je n'ai constaté que 36 cas d'endométrite sénile, soit 7.2 0/0. Ceux-ci se répartissent de la manière suivante :

De 45 à 50 ans, 7 cas ;
De 50 à 60 ans, 21 cas ;
De 60 à 68 ans, 7 cas ;
Au-dessus de 70 ans, 1 cas.

Il est bien entendu que je ne fais pas rentrer dans le cadre de la maladie que j'étudie les cas d'endométrite qui coïncident chez des femmes âgées avec l'existence des fibrômes sous-muqueux, et qui mériteraient plutôt le nom de pseudo-métrites.

Cette rareté s'explique non seulement par l'action des facteurs étiologiques habituels de la métrite (puerpéralité, contagion, etc.), mais aussi par l'état anatomique de l'appareil génital, état anatomique qui rend l'utérus beaucoup moins vulnérable aux agents d'infection, cause de toute métrite proprement dite.

En effet, chez la femme âgée, le col de l'utérus diminue de volume, il s'efface petit à petit au point de faire une saillie à peine marquée au fond du vagin.

Parfois sa présence n'est décelée que par un orifice plus ou moins arrondi, dont les bords se confondent avec les culs-de-sacs vaginaux. Le canal cervical et ses deux orifices se rétrécissent, et, dans un certain nombre de cas, cette sténose rendait très difficile le cathétérisme utérin. En résumé, l'utérus sénile tend à comprendre les caractères de l'utérus infantile, comme on peut le constater par le toucher bi-manuel. Le canal vaginal est habituellement rétréci dans toute sa longueur, et fréquemment il existe des brides cicatricielles, soit circulaires, soit semi-circulaires, qui s'opposent à la pénétration du doigt explorateur.

Ces brides existent souvent au niveau des culs-de-sac et, en particulier, du cul-de-sac postérieur. Elles y forment une sorte de croissant, dont le bord convexe se confond avec la muqueuse du cul-de-sac et dont le bord concave s'étend de la lèvre postérieure du col à la paroi postérieure du vagin.

Un des premiers symptômes de l'endométrite sénile est un écoulement séro-purulent, de coloration jaune ou verdâtre, parfois *strié de sang* et assez souvent d'odeur fétide. Tantôt l'écoulement est continu, tantôt il survient d'une façon intermittente, et, dans ce cas, il peut être précédé de tranchées utérines assez douloureuses. La métrorragie n'est pas rare dans l'endométrite sénile, elle peut même être continue, mais elle est le plus souvent très peu abondante, et ne constitue jamais par elle-même un symptôme grave.

A part les tranchées utérines que je viens de signaler, la maladie est habituellement peu douloureuse, les symptômes subjectifs se bornant presque toujours à une sensation de pesanteur hypogastrique et à quelques douleurs lombaires.

Les malades se plaignent en outre souvent d'une sensation de cuisson, de brûlure à la région vulvaire. Si, dans certains cas, la cause doit en être rapportée à une vulvite due à l'abondance de sécrétions utérines, qui sont parfois très irritantes, dans d'autres cas, les malades se plaignent de cette sensation pénible sans que la vulve présente la moindre trace d'une inflammation concomittente.

Comme dans toutes les métrites, on observe parfois des troubles vésicaux qui se traduisent par des envies fréquentes d'uriner et par une sensation douloureuse après les mictions. Ces phénomènes sont loin d'être constants ; ils apparaissent d'une façon intermittente, et dans aucun des cas qui ont été soumis à mon observation, ils n'ont particulièrement attiré mon attention.

L'inflammation de l'utérus a peu de tendance à s'étendre aux annexes; cependant, dans un cas se rapportant à une malade de 71 ans, il existait manifestement une *salpingite droite*.

La trompe présentait, au niveau de sa partie moyenne, le volume d'un œuf de pigeon; elle était allongée, flexueuse, très douloureuse à la pression. Dans ce cas, l'écoulement purulent, franchement intermittent, était précédé de douleurs violentes partant de la fosse iliaque droite. Par leur point de départ, leurs irradiations, leurs caractères d'intermittence, de durée, etc., ces crises pouvaient être considérées comme des *coliques salpingiennes*.

Je n'ai jamais constaté de retentissement sur le péritoine pelvien ou le tissu cellulaire périutérin (pelvipéritonite-paramétrite).

Au toucher bimanuel, l'utérus ne paraît pas sensiblement augmenté de volume; il est mobile, peu douloureux. L'examen au spéculum décèle, le plus souvent, un état inflammatoire plus ou moins marqué du col, qui est d'un rouge foncé, tuméfié, habituellement lisse. L'existence de plaques érosives est exceptionnelle, et le col ne présente, pour ainsi dire, jamais l'aspect qui caractérise les différentes formes de la cervicité externe chez les femmes qui sont dans la période d'activité génitale.

La maladie est *essentiellement chronique ;* sous l'influence de la marche, de la fatigue, on peut observer une exacerbation de ses différents symptômes; mais, dans aucun cas, je n'ai constaté une de ces poussées aiguës ou subaiguës qui surviennent assez souvent dans l'endométrite antérieure à la ménopause, et qui reconnaissent le plus souvent pour cause primitive la congestion menstruelle.

En résumé, l'endométrite sénile est caractérisée, quant à sa marche, par *une extrême lenteur d'évolution, par la rareté des phénomènes aigus ou subaigus, par son peu de tendance à se propager aux organes voisins.*

L'état général ne reste jamais absolument indemne; la malade présente de l'amaigrissement, de la pâleur, des troubles dyspeptiques, parfois des frissons, des sueurs nocturnes (Croom, Société Médicale d'Edimbourg. Séance du 9 février), en un mot, un état cachectique plus ou moins accentué, qui peut en imposer pour la *cachexie cancéreuse*, dont il se rapproche beaucoup.

C'est là un point capital; car si l'étude de l'endométrite est intéressante, c'est surtout en raison de la difficulté que le clinicien peut avoir à la distinguer du cancer du corps de l'utérus. D'un bon diagnostic différentiel, en effet, va dépendre le traitement qui sera, suivant le cas, soit médical, soit chirurgical. S'agit-il d'une endométrite, les moyens médicaux suffiront toujours à assurer la guérison, et le pronostic sera peu grave. S'agit-il, au contraire, d'un cancer du corps de l'utérus, l'hystérectomie est le seul traitement rationnel que nous puissions conseiller, du moins au début, et le pronostic comporte une extrême gravité; car, outre le danger des suites immédiates de l'opération, les récidives sont malheureusement très fréquentes. Le diagnostic doit, en outre, être établi dès le début de la maladie, car les chances de succès de l'intervention opératoire seront d'autant plus grandes qu'elle aura été plus précoce.

Les points communs à l'endométrite sénile et au cancer du corps de l'utérus, sont: *l'écoulement sanguin survenant longtemps après la ménopause, la fétidité des sécrétions, les douleurs périodiques, l'état cachectique.*

Mais si ces quatre symptômes peuvent se trouver réunis dans l'endométrite comme dans le cancer, ils ne présentent pas dans les deux cas les caractères d'une identité parfaite.

En effet, l'écoulement sanguin peut faire défaut dans l'endométrite; il ne manque guère dans le cancer et peut atteindre une certaine abondance.

Avant l'époque où mon attention a été particulièrement attirée par la fréquence relative de l'endométrite sénile, lorsque je me trouvais en présence d'une malade qui, plusieurs années après la ménopause, accusait des pertes sanguines, le diagnostic du cancer me venait tout naturellement à l'esprit. Je pratiquais le toucher, le col était sain, ou du moins ne donnait nullement la sensation du col cancéreux. Le cancer ne pouvait donc siéger que dans le corps de l'utérus, et en réalité, presque toujours, c'était d'une endométrite et non d'un cancer qu'il s'agissait.

D'ailleurs l'endométrite sénile est incomparablement plus fréquente que le cancer du corps de l'utérus;

en relevant les cas gynécologiques que j'ai observés depuis bien des années, c'est à peine si je trouve trois cas de cancer du corps utérin, survenus soit avant, soit après la ménopause, tandis qu'en deux ans et demi seulement, j'ai pu, comme je l'ai dit plus haut, réunir 36 cas d'endométrite séniles bien caractérisés.

La fétidité des sécrétions est plus précoce dans l'endométrite que dans le cancer ; l'écoulement cancéreux, en effet, ne prend une odeur fétide que lorsque les bourgeons noéplasiques ramollis, se désagrègent et sont expulsés au dehors par les contractions utérines. L'écoulement de l'endométrite est habituellement séro-purulent, quelquefois teinté de sang, tandis que celui du cancer est le plus souvent séreux ou séro-sanguinolent.

L'utérus est peu augmenté de volume dans l'endométrite, et conserve ordinairement sa mobilité ; dans le cancer il est hypertrophié, généralement plus ou moins immobilisé, douloureux au toucher et parfois il présente des inégalités de surface, des bosselures.

Dans quelques cas de cancer, lorsque le canal cervical est perméable au doigt, on sent très nettement des bourgeons néoplasiques qui font saillie dans le col. C'est à une période très avancée de la maladie seulement, qu'ils peuvent atteindre l'orifice externe.

Les douleurs font parfois totalement défaut dans l'endométrite, et n'acquièrent jamais une très grande intensité. Dans le cancer, elles manquent rarement ou si, comme l'a fait observer Schroeder, elles font défaut au début de la maladie, elles se manifestent toujours lorsque le néoplasme est assez développé pour distendre la cavité utérine, et mettre en jeu la contractilité de l'organe. C'est alors qu'apparaissent avec une régularité presque absolue, les *crises paroxystiques*, que Simpson considérait comme pathognomoniques du cancer. Dans l'endométrite, les douleurs sont moins constantes, moins régulièrement périodiques.

Les symptômes fournis par l'état général n'éclairent que très peu le diagnostic ; car dans le cancer, comme dans l'endométrite, la malade peut, du moins au début, conserver les apparences de la santé, et à une période avancée de la maladie, des symptômes cachectiques apparaissent dans les deux cas. Mais sous l'influence du traitement, l'état général ne tarde pas à s'améliorer dans l'endométrite ; il n'en est pas de même dans le cancer, ou du moins l'amélioration, quand elle se produit, ne survient qu'après plusieurs semaines de traitement. Il n'est cependant pas douteux que sous l'influence de soins antiseptiques appliqués avec méthode et persévérance, l'état général des cancéreux ne puisse s'améliorer. Aussi ne puis-je admettre la thérapeutique négative, dont se contentent certains gynécologues, en présence d'un cancer utérin qui n'est plus justiciable d'une intervention chirurgicale.

En résumé, le diagnostic différentiel de l'endométrite sénile et du cancer présente souvent de réelles difficultés, et les plus expérimentés ne sont pas à l'abri des erreurs. Aussi, dans les cas douteux, n'hésiterai-je pas à conseiller le *curettage explorateur*, suivi de l'*examen histologique* des parties de muqueuse détachées par la curette.

Le curettage explorateur, trop négligé, à mon avis, par les gynécologues, est une opération bénigne, lorsqu'elle est pratiquée avec prudence et surtout avec des précautions antiseptiques minutieuses. Je n'ai pas à entrer ici dans les détails de sa technique, aussi me contenterai-je d'en résumer les points essentiels.

L'anesthésie générale ou même locale me paraît être à peu près inutile. Le cathétérisme fera reconnaître la direction et les dimensions de la cavité utérine. Si l'orifice externe, le canal cervical et l'orifice interne ont des dimensions suffisantes pour permettre l'introduction d'une curette à boucle allongée et très étroite, la dilatatation préalable ne sera pas nécessaire. Dans le cas contraire, on la pratiquerait soit d'une fine tige de laminaire, soit d'un dilatateur de Hégar de très petit calibre.

Dans le premier cas, la tige restera appliquée pendant une durée de 12 à 24 heures pendant lesquels la malade devra garder le lit, et le curettage sera pratiqué dès qu'elle aura été retirée. Dans le second cas, elle pourra être pratiquée après l'introduction successive de deux ou trois dilatateurs de la filière de Hégar. Ce dernier procédé a donc l'avantage de permettre d'opérer immédiatement.

Dans le cas où l'antéflexion utérine est très mar-

quée, il peut être nécessaire d'abaisser l'utérus à l'aide d'une pince à griffes, de façon à redresser sa courbe et à permettre l'introduction de la curette. Ou bien encore, on pourra, comme je l'ai fait moi-même, se servir d'une curette munie d'un manche flexible dont on modifiera la courbure suivant les cas.

Le col sera découvert à l'aide d'un spéculum de Cusco ou mieux d'nn spéculum dilatateur de Collin, ou bien encore à l'aide des valves de Sims. Ces dernières sont préférables, lorsqu'il est nécessaire d'abaisser l'utérus.

Pour enlever des lambeaux de muqueuse, il suffira de donner de haut en bas et d'arrière en avant quelques coups de curette tranchante en ayant soin, bien entendu, d'opérer très légèrement.

Il est inutile d'ajouter que l'opération sera précédée et suivie d'un grand lavage antiseptique de la vulve et du vagin. Comme pansement, on appliquera quelques bandes de gaze antiseptiques. On prescrira le repos au lit pendant vingt-quatre heures.

Il est rare qu'un examen histologique, pratiqué avec la compétence voulue, laisse subsister des doutes relativement au diagnostic, et ne permette pas de poser nettement les indications thérapeutiques.

Le traitement de l'endométrite sénile doit atteindre un double but : 1° permettre le libre écoulement des sécrétions utérines ;

2° Porter, dans la cavité de l'utérus, des antiseptiques destinés à modifier toutes les parties de la muqueuse malade.

Le premier point a une importance capitale ; car tant que les sécrétions de l'utérus séjourneront dans sa cavité, il n'y aura pas de guérison à attendre. La première condition à remplir est donc d'assurer aux sécrétions un libre écoulement, auquel s'opposent parfois la sténose de l'orifice interne et du canal cervical. J'ai dit plus haut que cette sténose était la conséquence de l'état sénile de l'utérus.

Comme pour le curettage explorateur, la dilatation sera pratiquée, soit lentement, à l'aide des tiges de laminaire, soit extemporanément, à l'aide des dilatateurs de Hégar. En général, c'est la seconde méthode que j'ai employé, et j'ai eu assez fréquemment l'occasion de l'appliquer, soit à ma policlinique, soit à mes consultations particulières.

Il faut apporter à la dilatation beaucoup de douceur et de patience ; elle est, en général, suffisante, lorsqu'elle permet l'introduction d'une bougie de Hégar n° 7 ou n° 8. Mais ce degré de dilatation ne peut être atteint qu'après deux, ou plus souvent trois séances, à vingt-quatre ou quarante-huit heures d'intervalle l'une de l'autre.

La dilatation obtenue, j'ai coutume de porter dans la cavité utérine une des solutions antiseptiques suivantes :

Créosote de hêtre.....	parties égales
Glycérine.....	
Alcool.....	

Ou encore :

Icthyol.....	10 grammes
Glycérine neutre.....	40 —

On peut employer aussi la teinture d'iode pure.

Pour introduire ces solutions dans l'utérus, je me sers d'un *hystéromètre flexible* dont j'entoure l'extrémité avec du coton hydrophile antiseptique sur une longueur de 7 à 8 centimètres. La partie entourée de coton est trempée préalablement dans la solution antiseptique. L'hystéromètre est promené sur toute la surface interne de l'utérus.

Le traitement doit être renouvelé deux ou trois fois par semaine. Entre les pansements, on pourra laisser dans l'utérus une mèche de gaze antiseptique qui agira à la façon d'un drain. Puis on appliquera dans le vagin un tampon de la même gaze.

Comme la dilatation du canal cervical ne se maintient pas toujours à un degré suffisant dans l'intervalle de deux séances consécutives, il est utile, avant chaque pansement, de faire passer dans le col une série de dilatateurs ; en commençant, s'il le faut, par le numéro le plus faible.

La durée du traitement est *très approximativement* de 3 à 4 semaines, lorsqu'il est appliqué suivant les règles que je viens d'indiquer. Il est malheureusement impossible d'obtenir de la plupart des malades de policlinique, la régularité désirable et la guérison ne se produit que beaucoup plus lentement.

Dans aucun cas, je n'ai été obligé de recourir au curettage, que je crois inutile dans le traitement de l'endométrite sénile.

OPHTALMOLOGIE

Indications et contre-indications respectives de l'Anesthésie locale et de l'Anesthésie générale (1).

Par le Dr A. Terson, chef de clinique ophtalmologique à l'Hôtel-Dieu (Paris).

Les indications de l'anesthésie oculaire sont encore assez discutées, malgré les avantages et l'usage de plus en plus fréquent de la cocaïne. Sans doute, jusque vers l'âge de huit ans, il faudra souvent endormir les enfants pour toute opération, et même toute exploration demandant l'immobilité complète, en particulier chez le nouveau-né (*examen ophtalmoscopique*). Ce n'est qu'exceptionnellement qu'on pourra exécuter une très courte intervention (*cathétérisme lacrymal, ponctions*, etc.), sans anesthésie en les faisant maîtriser par plusieurs aides. A partir de huit ans, il nous est fréquemment arrivé d'opérer sur le globe de l'œil et de pratiquer des ténotomies avec la cocaïne (*instillation et injection*) chez des enfants raisonnables, sans la moindre plainte de leur part et sans *aucune* difficulté matérielle. Bien entendu, on évitera que le petit malade mange ou boive le matin de l'opération, de façon à pouvoir, s'il résiste, l'endormir immédiatement au chloroforme.

Pour les opérations sur les *paupières*, les injections de cocaïne, *sous la peau* (car le tarse ne se laisse pas infiltrer), combinées aux instillations conjonctivales, suffisent largement pour les *petites tumeurs* (verrues, kystes sébacés, chalazions, xanthélasma, kystes transparents, petits épithéliomas, etc.).

Il n'en est pas de même pour certains angiomes, les névromes plexiformes et les vastes épithéliomas.

Les *larges opérations* sur la paupière nécessitent souvent le chloroforme, surtout dans des cas où l'injection déformerait trop la région à opérer. De plus le bord ciliaire très *dense* ne se laisse jamais totalement anesthésier. On peut donc être amené à donner le chloroforme pour l'opération de la *blépharoptose* et pour certains cas de *trichiasis* de la paupière supérieure, où la cocaïne suffira cependant dans quelques cas. La *canthoplastie*, l'opération de l'*entropion* de la paupière *inférieure*, l'opération de l'*etropion sénile* (nous avons opéré 17 malades par notre procédé récemment décrit (1), sans jamais avoir eu recours au chloroforme, se feront à la cocaïne. Il en est de même de la *tarsorraphie* partielle. Les *blépharoplasties* de toute nature nécessiteront presque toujours le chloroforme.

Pour les maladies de l'*appareil lacrymal*, l'ablation de la *glande orbitaire* pourra demander le chloroforme; l'ablation de la *glande palpébrale* nécessite seulement les instillations, l'injection pouvant masquer la glande. On se contentera d'instillations pour le *cathétérisme;* ce n'est que chez des malades très pusillanimes ou pour la stricturotomie et le curettage interne, qu'on injectera dans les voies lacrymales quelques gouttes de cocaïne à 1 centième. La *destruction du sac au thermocautère* imposera le chloroforme, pour que l'opération soit complète. Dans certains cas (curettages externes), on peut s'en tenir à l'injection et à l'intromission dans le sac d'un peu d'ouate cocaïnée; peut-être en dilatant le sac à l'*éponge préparée* et en le bourrant de tampons cocaïnés, obtiendrait-on une anesthésie suffisante pour certains cas de destruction ignée où le chloroforme serait refusé par le malade.

Le *brossage des granulations* se fera quelquefois sous le chloroforme, mais, fréquemment aussi, on pourra procéder au retournement complet des paupières et terminer l'opération à la cocaïne de la façon suivante : après un certain nombre d'instillations conjonctivales d'extrait surrénal et de cocaïne, on fait une injection assez abondante de cocaïne à 1 p. 100 *sous la peau de la paupière supérieure*, le tarse ne s'y prêtant pas; on peut alors sans douleur vive appliquer, comme nous le verrons dans la technique instrumentale, une simple pince à fixation et retourner en totalité la paupière et le cul-de sac. On retourne également la paupière, mais moins complètement, avec un releveur de Desmarres *sous la peau de la paupière*. Toutes les *tumeurs* et *néoplasies conjonctivales*, ainsi que les ptérygions, s'opèrent parfaitement à la cocaïne, en y joignant quelquefois une injection interstitielle en pleine tumeur. Mais, aussi

(1) Extrait d'un livre sur l'*Anesthésie*, l'*Antisepsie* et les *Instruments de Chirurgie oculaire*, qui va paraître chez MM. J.-B. Baillière.

(1) A. Terson. — Arch. d'ophtalmologie, 1896.

bien pour les paupières que pour la conjonctive, la cautérisation ignée détermine toujours une certaine douleur malgré la cocaïne.

La *péritomie* se fait facilement avec des instillations (cocaïne, extrait surrénal) et une bonne injection sous-conjonctivale de cocaïne tout autour de la cornée.

Les *paracentèses* cornéennes, le *tatouage*, l'opération du *kératocone*, ne nécessitent que la cocaïne. Quant à l'ablation du *staphylome*, elle est praticable à la cocaïne, chez les adultes tranquilles, surtout en y joignant des injections sous-conjonctivales. Dans le cas contraire et chez les enfants, on donnera le chloroforme, l'immobilité de l'œil étant nécessaire pour éviter l'écoulement vitré et la tendance aux hémorragies intraoculaires.

L'*exentération*, le *curage* ou l'*énucléation* dans la *panophtalmie* se feront généralement au chloroforme. L'*iridectomie* se fera à la cocaïne, excepté dans certains cas très douloureux de *glaucome* suraigu où l'on utilisera l'extrait surrénal et au besoin le chloroforme. L'opération de la *cataracte* n'oblige au chloroforme que chez les enfants; les vomissements engendrés souvent par la chloroformisation sans avoir (Gayet, Panas) tous les dangers qu'on peut leur attribuer à priori, sont une des raisons pour la faire rejeter à peu près dans tous les cas, excepté chez les sujets à peu près inconscients.

Les opérations contre le *glaucome* ne nécessiteront, nous l'avons dit, qu'exceptionnellement le chloroforme, mais on pourra être amené à le donner pour faire la suture et la coaptation parfaite de certaines *plaies de la sclérotique* à un moment très rapproché du traumatisme, si le malade résiste à l'action de la cocaïne.

L'*énucléation* peut se faire pour de petits moignons non enflammés avec des injections sous-conjonctivales. Les injections intra-orbitaires nous paraissent imprudentes et aveugles. On donnera généralement le chloroforme; si l'anesthésie générale était contre-indiquée, on pratiquerait l'opération avec une injection sous-conjonctivale à 1 p. 100. Pour l'opération du *strabisme*, on sera réservé dans l'emploi du chloroforme qui supprime la possibilité de vérifier immédiatement le résultat de l'opération et expose à une surcorrection. Du reste, le plus grand nombre des opérateurs pratiquent-ils la strabotomie avec la cocaïne : les injections sous-conjonctivales sont bien plus actives que les instillations seules. Nous ne donnons, quant à nous, le chloroforme que lorsqu'il s'agit de sujets inconscients, indociles ou très pusillanimes, ou de préférence s'il s'agit de pratiquer une élongation ou un avancement avec désinsertion musculaire qui nécessite une coaptation parfaite et un relâchement musculaire total. Nous avons pratiqué souvent l'avancement capsulaire avec l'injection sous-conjonctivale, ainsi que la double ténotomie.

L'extirpation des *tumeurs de l'orbite* demande le chloroforme : les ponctions de phlegmons peuvent se faire avec l'anesthésie locale (ch. d'éthyle et succès donnés).

Telles sont les règles générales dont on peut s'inspirer : mais diverses circonstances particulières, variables avec les sujets, font occasionnellement employer le chloroforme ou la cocaïne sans parti pris, tout en s'en tenant aux données exposées plus haut et en se rappelant l'extrême avantage que l'on peut tirer de la cocaïne *bien maniée*.

L'anesthésie locale reste toujours faible, lorsqu'il s'agit d'appliquer certains *topiques* corrosifs ou irritants sur des yeux enflammés. Le sulfate de cuivre en particulier, le nitrate et bien d'autres solutions antiseptiques causent des sensations pénibles, même si on a abondamment cocaïnisé le sujet atteint de catarrhe conjonctival, de granulations, d'ulcères cornéens.

La cocaïne a, du reste, d'autres emplois en ophtalmologie (dilatation pupillaire pour l'examen ophtalmoscopique, etc.).

On doit aussi signaler l'abus que bien des médecins font de la cocaïne, comme autrefois de l'atropine, en la prescrivant comme collyre dans un but thérapeutique : dans beaucoup de cas, les instillations répétées de cocaïne, en particulier dans les ulcères cornéens et les conjonctivites, n'ont presque aucune action anesthésique, l'œil étant enflammé et aggravent même le mal en favorisant la desquammation épithéliale.

L'extrait de capsules surrénales rend quelquefois des services au cours du traitement des kératites vasculaires, des sclérochoroïdites antérieures, de l'iritis

et d'autres affections du segment antérieur, comme L. Dor l'a remarqué et comme nous l'avons vérifié.

On nous permettra enfin la remarque qu'avec des paroles fermes et quelques encouragements, on obtient, de la part du malade, un sang-froid qui permet au malade de se rendre compte de la *réalité* de l'anesthésie locale, qui trouve d'abord bien des incrédules. S'il doit être absolument défendu au malade de parler, combien il est préférable que l'opérateur fasse appel à la raison du malade, même s'il s'agit d'un enfant, au lieu de le traiter silencieusement ou avec brutalité, comme s'il s'agissait d'une opération vétérinaire. Le nombre des malades décidément rebelles diminue alors singulièrement, et il en est beaucoup qui coopèrent utilement à leur propre opération en dirigeant tranquillement leur œil du reste indolore. Il y a là, qu'on nous passe le mot, une sorte d'anesthésie morale, qu'il faut savoir préparer et maintenir et dont le malade et son entourage seront bien souvent satisfaits. Les paroles sérieuses réussissent, en tous cas, mieux, même chez les enfants, que les caresses et diverses promesses sur lesquelles le petit sujet ne se méprend jamais.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

DE LA SEMAINE

I. — MÉDECINE.

L'*Académie de Médecine* a tenu sa séance habituelle le 4 avril. A part l'élection d'un membre titulaire dans la section d'anatomie et de physiologie, élection qui constitue toujours une solennité, rien de bien saillant.

M. Laveran présente, au nom de M. le Dr Barthelemy, un **appareil à inhalations gazeuses ou de vapeurs médicamenteuses.**

M. Cadet de Gassicourt lit le **Rapport sur la déclaration obligatoire des maladies contagieuses et épidémiques dans les colonies**, rapport motivé par une lettre adressée à l'Académie par le Ministre des colonies.

M. Hervieu reprend la **discussion sur la vaccine obligatoire dans les colonies**, en maintenant les conclusions qu'il avait déjà formulées dans une des séances précédentes.

M. Marey donne lecture, de la part du Dr Marage, d'une communication sur la **voix des sourds-muets**, que l'on doit rétablir en agissant sur le larynx atrophié chez eux.

M. Hayem lit à son tour un rapport sur une communication de M. Tuffier relative à la **gastro-entérostomie dans les sténoses non cancéreuses du pylore.** Outre le cancer, les causes de la sténose pylorique sont : les ulcères, la cholélithiase, les coudures du tube digestif, les brûlures. Dans l'ulcère et la cholélithiase, la sténose est due à la formation de brides péritonéales par péritonite localisée. Ce sont les sténoses serrées qui sont d'origine néoplasique. Le diagnostic entre la sténose cancéreuse et la sténose non cancéreuse est, en général, facile. Le traitement médical est celui de l'ulcère chronique ; le traitement chirurgical ne s'impose que lorsque le traitement médical a échoué. C'est parce que l'orateur s'est placé sur le terrain médical que nous plaçons ici sa communication.

Enfin une communication de M. le Dr Henri Barré sur les **dangers des conserves de viande pour l'alimentation du soldat en campagne et un nouvel aliment de réserve.**

« Non seulement, dit l'orateur, les conserves de viande sont peu nutritives, comme l'a montré le Pr Pouchet ; mais, comme le prouvent les graves accidents qu'elles provoquent si fréquemment, elles sont, pour le soldat, un danger permanent d'empoisonnement ; danger d'autant plus menaçant que, d'après les enquêtes officielles, la plupart des empoisonnements sont causés par des conserves très saines en apparence.

Cette toxicité des conserves étant incontestablement due à leur origine *animale*, mes recherches ont eu pour but d'arriver à composer un aliment à base azotée *végétale*, qui, non seulement, soit aussi riche que la viande elle-même en principes azotés protéiques, mais qui, de plus, grâce à la proportion observée entre ses éléments nutritifs, conformément à celle du *type normal* de l'alimentation de l'adulte, ait la très précieuse propriété, pour un véritable aliment de réserve, de pouvoir, au besoin, suffire exclusivement et indéfiniment au parfait entretien de la vie. J'ai ainsi vécu des semaines entières consécutives, sans aucune autre nourriture et avec une santé parfaite.

Comme vivres de réserve du sac, cet aliment *normal*, se présenterait sous la forme de petites tablettes comprimées, dont le volume serait si réduit, qu'un kilogramme de ces tablettes, c'est-à-dire la ration complète et exclusive pour plus d'un jour et demi, n'occuperait même pas un décimètre cube. Malgré cela, elles seraient très digestibles, tout en n'ayant même besoin d'aucune préparation pour être consommées. Elles se croqueraient simplement comme un petit gâteau sec quelconque et elles en auraient le goût agréable. Enfin, leur conservation serait indéfinie.

II. — CHIRURGIE.

La séance du 23 mars à la *Société de Chirurgie* a été consacrée tout d'abord à la **discussion du rapport de M. Picqué sur les psychoses post-opératoires.**

M. Walther prend le premier la parole. Il a observé une des malades dont M. Picqué avait rapporté l'histoire. Il s'agissait d'une femme ayant eu une contusion de la cuisse, et qui, étant entrée à l'hôpital, fut opérée pour une salpingite suppurée. Cette maladie fut ensuite opérée par l'auteur lui-même pour une péritonite suppurée. Mais les troubles psychiques qu'elle présentait étaient déjà antérieurs à l'opération ; c'est probablement ainsi que se passent tous les cas de psychoses post-opératoires.

M. Richelot confirme les conclusions de M. Walther, et il cite à son tour deux cas, l'un relatif à une hystérectomie pour salpingite suppurée double, l'autre à un hématosalpinx auquel il avait laissé un ovaire et l'utérus. A la suite d'une hystérectomie abdominale pour fibromes, une de ses malades a essayé de se suicider; mais elle avait fait une première tentative avant l'intervention. En somme, l'auteur a observé onze cas de psychose post-opératoire. Tantôt il s'agit de troubles hystériques passagers, tantôt de troubles hystériques graves, mais évoluant chez des femmes manifestement prédisposées, tantôt enfin d'aliénation vraie, mais alors les femmes étaient déjà des aliénées avant l'opération.

On revient, après cette discussion, sur le **traitement des abcès du foie.** D'après M. Picqué, le diagnostic de ces abcès est quelquefois très difficile, et on hésite entre un abcès et un kyste hydatique. Plus difficile est encore le diagnostic des abcès péri-hépatiques, et, en particulier, les sus-hépatiques, que l'on peut confondre avec la pleurésie diaphragmatique. Chez une malade observée par l'auteur, on hésitait entre une pleurésie purulente et une suppuration intrahépatique. L'auteur fit deux ponctions qui restèrent négatives ; mais, après résection de la neuvième et dixième côte, il trouva un abcès du poumon au lieu d'un abcès du foie attendu.

Suivant M. Nimier, la ponction du foie déterminant une saignée décongestionnante donne souvent une sensible amélioration. La douleur cède assez rapidement quand la congestion du foie est intense; la fièvre elle-même peut tomber. Néanmoins, la saignée ne semble pas empêcher la suppuration de se produire.

Quelques présentations pour terminer : celle de M. Tuffier relative à un malade ayant subi l'opération de la **cholécystectomie et de la gastro-entérostomie** ; celle de M. Potherat relative à un **orteil d'acromégalique.** Ajoutons enfin l'élection, au cours de la séance, de quatre membres correspondants de la *Société de Chirurgie*. MM. Chevassus, Brault, Braquehaye, Broussin, ont été nommés.

A la séance du 30 mars, de la même Société, M. Reynier vient apporter sa contribution à la question des **psychoses post-opératoires.** D'après lui, l'opération ne fait jamais naître l'aliénation de toutes pièces. Chez les femmes âgées, opérées de prolapsus, il survient parfois du délire sénile ; mais le prolapsus lui-même était un signe de déchéance sénile. Pour les neurasthéniques, les nerveux atteints de folie et qui accusent des douleurs nullement en rapport avec les lésions ou même sans lésion, on peut conseiller de petites opérations, mais non des amputations d'organes. On peut supprimer la lésion qui détermine la phobie.

M. Monod rapporte quelques observations personnelles. Une malade, opérée d'un double kyste du ligament large, succomba au huitième jour avec délire et température élevée. Un autre malade atteint de fracture compliquée, amputé, fut consécutivement atteint de délire. Une femme, ayant subi l'hystérectomie totale, fut ensuite atteinte de kleptomanie.

Suivant M. Segond, la frayeur opératoire, la suggestion venant de l'entourage des médecins, jouent un certain rôle dans les troubles psychiques post-opératoires. L'auteur cite une statistique de 642 cas, sur lesquels il n'en a eu que quatre avec folie réelle, un à Sainte-Anne, deux avec mélancolie profonde, et la quatrième atteinte de kleptomanie ; mais celle-ci existait déjà antérieurement. Trois autres malades avaient présenté des troubles qui permettaient de même de les considérer comme déjà atteintes avant l'opération.

Citons le rapport de M. Lejars sur une observation de M. Buffet (d'Elbeuf), relative à un **corps fibreux pédiculé sphacélé de la lèvre du col. Prolapsus. Hystérectonie partielle. Guérison.**

Citons aussi le rapport de M. Quénu sur l'**Hystérectomie abdominale totale.**

M. Delagénière (du Mans) lit un travail sur une **nouvelle technique du drainage de la cavité péritonéale.** Les conclusions de cette communication sont les suivantes : Le drainage du péritoine, qui a subi une transformation considérable depuis l'apposition de tamponnement de Mickulicz, est cependant encore défectueux avec tous les moyens dont on dispose. Nous avons cherché mieux, et nous croyons avoir trouvé. Nous drainons le péritoine comme le réceptacle d'une lampe à alcool, au moyen de *mèches stériles* contenues dans des tubes métalliques stérilisables. Nous ne trouvons comme contre-indication à cette manière de faire en faveur du drainage capillaire, inventé par Mickulicz, que les cas où un foyer considérable doit être tenu isolé de la grande cavité abdominale et encore dans ces cas aurait-on avantage à employer deux de nos tubes à mèches stériles, l'un rentrant par la plaie, l'autre par une autre ouverture.

Les tubes métalliques employés sont percés de trous dans la moitié inférieure. L'orifice supérieur destiné à

rester sur la peau est muni d'un rebord plat, pour empêcher l'appareil de disparaître dans le ventre. Ce tube a de 8 à 12 centimètres de long ; son diamètre varie de 15 à 20 millimètres. Il reçoit dans son intérieur une mèche de coton hydrophile, qui s'épanouit à ses deux extrémités dans le ventre et sur la peau. La mèche peut être changée au cours de pansements ultérieurs ; elle est quelquefois difficile à décoller. Mais, grâce à certaines précautions, on parvient à la retirer sans inconvénient. Ce mode nouveau de drainage a donné d'excellents résultats pratiques. [A. P. S.]

LES LIVRES NOUVEAUX

Bérillon. — **L'Hypnotisme et l'Orthopédie mentale.** Rueff. Paris, 1898, in-12, 48 p.

Le but de l'orthopédie mentale et de la pédagogie est d'arriver, soit à la correction des impulsions instinctives et des habitudes automatiques chez les enfants, soit au développement des aptitudes normales arrêtées dans leur évolution.

Ce but est atteint, selon les cas, par deux procédés différents : 1° la création de centres d'arrêts psychiques et la culture du pouvoir d'inhibition volontaire ; 2° l'exercice et l'excitation automatique de l'énergie psychique et de la fonction excito-motrice. Telles sont les conclusions fort nettes auxquelles en arrive l'auteur après avoir étudié tour à tour l'historique de la question, la suggestibilité des enfants, suggestibilité qui est en rapport direct avec le développement intellectuel du sujet, l'hypnose chez ces enfants avec les objections que soulève cette méthode de traitement, objections dont l'auteur fait d'ailleurs justice, enfin les applications thérapeutiques de la méthode aux différentes habitudes vicieuses et troubles psychiques des enfants : onanisme, onycho, phagieklepto-manie, etc., avec, à l'appui, de nombreuses observations qui démontrent, une fois de plus et d'une façon péremptoire, l'efficacité de la psychothérapie chez les enfants et la méthode préconisée par le savant auteur.

Villemin. — **Dix leçons de Bactériologie chirurgicale faites à l'Hôpital Saint-Louis.** — Coccoz, Paris, 1897, in-12, 420 pages.

Comme l'indique le titre même, le but de ces leçons, fort claires et fort méthodiques d'ailleurs, est de dégager de la Bactériologie ce qui appartient exclusivement au domaine chirurgical, tout en contenant la description des bactéries elles-mêmes avec leurs propriétés physiques et biologiques : c'est ainsi que l'auteur passe en revue successivement le bacille du charbon, de la morve, le bacille pyocyanique, le vibrion septique, le bacille du tétanos, le streptocoque, les staphylocoques, le colibacille, le bacille typhique, le pneumocoque, le bacille de Friedlænder, le tétragène, l'amibe du colon, le bacille de la pourriture d'hôpital, la bactériologie de l'œil, celle de l'oreille, puis la suppuration, le gonocoque, le bacille du chancre mou, le bacille de la syphilis, le bacille tuberculeux ; enfin il termine par l'étude de l'actinomycose, du lymphadénome, le cancer. L'énumération seule de l'objet de ces leçons indique bien leur intérêt avant tout pratique, et la place que ce livre doit occuper parmi les ouvrages véritablement utiles.

De Fleury (Maurice). — **Pasteur et les Pastoriens.** — Rueff et Cie (Un portrait à l'eau-forte par Bracquemond), in-16, 100 pages. Paris.

Élégante plaquette, due à la plume d'un médecin littérateur, bien connu dans la grande presse. On y trouvera un portrait très enlevé et très exact du vieux maître qui vient de disparaître, et une étude biographique sur ses principaux collaborateurs : MM. Duclaux, Grancher, Chamberland, Roux, Metchnikoff, Nocard, Strauss, Chantemesse, Vaillant, Calmettes, Nicolle et Yersin. On lira avec émotion le chapitre consacré à Pasteur et la préface du livre, qu'il est impossible d'analyser plus complètement. Un homme de science ne doit pas résumer une œuvre littéraire. [I. B. S.]

VARIÉTES

Exercice illégal de la médecine.

La *Revue médicale* raconte que la 10e chambre correctionnelle vient de juger une femme Guestian et son mari, qui comparaissaient sous la prévention d'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie.

Les explications de la femme Guestian valent la peine d'être reproduites.

D. Des renseignements pris sur votre compte, il résulte que vous vous livrez à l'exercice de la médecine et de la pharmacie ? — R. C'est la vérité.

D. Vous n'avez cependant pas de diplôme de médecine ou de sage-femme ? — R. Non, je donne des consultations dans mon domicile. Le malade arrive chez moi ; mon mari et moi l'introduisons dans notre chambre ; nous le faisons asseoir ; je m'assieds à côté. Mon mari m'endort, bien que ce fait se produise chez moi souvent naturellement. Dans cet état, je prends la main du malade, et, à ce contact, je lui dis ce dont il se plaint. J'écris l'ordonnance qu'il doit suivre, lui indiquant sur le papier les plantes dont il devra se servir et le mode d'emploi.

D. Avez-vous beaucoup de clients ? — R. Environ une

vingtaine par jour. Nous avons guéri des malades abandonnés par les médecins.

D. Combien faites-vous payer vos consultations? — R. Trois francs, et nous fournissons les plantes par-dessus le marché.

D. Avez-vous fait des études spéciales pour la connaissance des plantes médicinales? — R. Je n'ai aucune instruction; mais toutes les fois qu'une nouvelle maladie se présente à moi, je devine la plante nouvelle dont j'ai besoin pour le traitement. C'est un don que je ne m'explique pas.

M. Guestian confirme les explications données par sa femme, et les deux ont été condamnés chacun à 25 francs d'amende pour exercice illégal de la médecine, et à 5 francs de la même peine pour exercice illégal de l'*herboristerie*.

La Peste aux Indes.

Dans une revue très documentée, nous lisons, sous le titre « la Peste aux Indes », que, tandis qu'à Bombay et en quelques autres localités, l'on recommence à *découvrir des rats morts*, ce qui est toujours un présage de recrudescence du mal, à Hardwar, ce sont les *singes* qui sont affectés. On suppose qu'ils ont pris le mal à se promener dans les maisons de la ville, et manifestement ils ne peuvent qu'aider à sa propagation. Dans la plupart des pays, on pourrait songer à une extermination totale de ces animaux, comme remède au mal qu'ils peuvent faire; mais, avec les idées hindoues, la chose ne va pas de la sorte. Le singe est un animal sacré, et l'opinion populaire ne tolérerait pas ce sacrilège.

Sans avoir habité Hardwar, on peut conclure de cette information que les singes de cette localité sont des animaux fort polis, sans cesse occupés à faire ou rendre des visites dans les quartiers populeux de la ville.

Accord touchant.

Les sceptiques se moquent volontiers de la médecine en rappelant le proverbe « Hippocrate dit oui, mais Gallien dit non ». S'il est une maladie dans laquelle cet adage ne soit pas applicable, c'est bien la syphilis constitutionnelle. Pour le traitement des manifestations tardives de la vérole, tous les praticiens sont d'accord, tous affirment que le remède par excellence c'est l'iodure de potassium.

L'unique divergence porte sur la forme du médicament et non sur le fond. Les uns adoptent la solution dans l'eau, les autres le mélangent avec un sirop. Pour nous, l'enrobage sec nous paraît être le meilleur mode de véhicule; c'est pourquoi nous ordonnons de préférence les dragées Foucher, composées d'iodure chimiquement pur, toujours exactement dosées à 25 centigrammes. Ce produit se trouve aujourd'hui partout, à cause de son transport commode et de sa conservation facile. Dr Pather.

FORMULES

Traitement de l'hyperhidrose axillaire et palmaire par le formol.

M. le Dr P. Unna (de Hambourg) se sert avec avantage, contre la transpiration des aisselles, d'une pommade contenant 10 à 20 grammes de solution de formol du commerce pour 30 grammes d'un mélange de lanoline et de vaseline. Sous l'influence de ce traitement, l'odeur désagréable de la sécrétion sudorale se dissipe et la transpiration elle-même devient moins abondante; toutefois il est excessivement rare d'obtenir une guérison radicale.

Cette même pommade peut rendre aussi des services dans les cas d'hyperhidrose des mains, où elle n'exerce d'ailleurs qu'une action purement palliative.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

Faculté de Médecine de Paris. — *Concours pour le Prosectorat.* — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le 24 mai 1898. MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours. Le registre d'inscription est ouvert jusqu'au 14 mai.

Concours pour l'Adjuvat. — Un concours pour cinq places d'aide d'anatomie s'ouvrira le 10 mai 1898. Tous les élèves-docteurs de la Faculté, Français ou naturalisés Français, sont admis à prendre part à ce concours. Le registre d'inscription est ouvert jusqu'au 30 avril.

Hôpitaux de Paris. — *Concours d'Accouchement.* — Un concours pour la nomination à deux places d'accoucheur des hôpitaux de Paris s'ouvrira le 23 mai 1898. — Se faire inscrire du 25 avril au 7 mai.

Hôpitaux de Lyon. — M. le Dr Mollard est nommé, après concours, médecin des hôpitaux.

Société française d'Otolaryngologie. — La Société française d'Otologie et de Laryngologie se réunira le lundi 2 mai 1898, à 8 heures du soir, au Palais des Sociétés savantes, rue des Poitevins, Paris. Le titre des communications devra être adressé, avant le 15 avril, au Secrétaire général. A sa dernière session, la Société a mis à l'ordre du jour de sa prochaine réunion la discussion des questions suivantes : 1° de l'unification des notations acoustiques; rapporteurs : MM. Gellé père et fils; 2° Pathologie de l'amygdale linguale; rapporteur : M. Escat.

Maison hospitalière de la rue Fessart. — M. le Ministre de l'intérieur a présidé, le mercredi 30 mars, à trois heures, l'inauguration des nouveaux bâtiments de la maison hospitalière de la rue Fessart, pour les ouvriers sans travail et sans asile, premier établissement d'assistance par le travail, fondé en 1881.

Banquet de l'Internat. — Le banquet annuel de l'Internat en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 30 avril courant, à sept heures et demie, dans la salle des fêtes, 9, avenue Hoche. Il sera présidé par M. le professeur Caubet (de Toulouse).

La peste à Djeddah. — On télégraphie de Constantinople, le 24 mars, que le conseil sanitaire a été prévenu de l'existence de deux cas de peste à Djeddah, parmi les pélerins indiens.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

AVIS AUX AUTEURS ET AUX ÉDITEURS

Tout ouvrage ayant trait à la Médecine et aux Sciences Biologiques, qui sera envoyé, 93, Boulevard Saint-Germain, Paris, sera analysé dans la *Gazette Médicale de Paris*, dans le plus bref délai possible, avec tous les détails nécessaires.

DELORE (Xavier). — **De la fonction de l'urètre hypogastrique chez les prostatiques cystostomisés.** — Brochure in-8°, de 164 pages, avec dix figures dans le texte. Paris, 1898.

Paul BRODARD, Coulommiers.

X.... — **Discours prononcés le 3 août 1896 aux obsèques du Dr Edouard Nicaise.** — Belle broch. in-8, de 54 pages. Paris, 1896.

Imprimerie de Monaco, 22, *rue de Lorraine*, Monaco.

GUIMBAIL (H.). — **Recherches nouvelles sur les conducteurs électriques discontinus dans leurs rapports avec la Physiologie, la Pathologie et la Thérapeutique. Analogie du neurone avec le tube à limaille.** — Broch. in-8 de 16 pages. Monaco, 1898.

Annals of Surgery, New-York.

BOLTON BANGS (L.). — **The remote results after operations for renal tuberculosis.** [Reprint of *Annals of Surgery*, January, 1898]. — Broch. in-8 de 26 pages. New-York, 1898.

MALOINE, 21, *place de l'Ecole-de-Médecine*, Paris.

VERRIER (A.). — **Compendium thérapeutique des maladies nerveuses.** — Vol. in-12 de 264 pages. Paris, 1898.

PETITE CORRESPONDANCE

La GAZETTE MÉDICALE, étant l'organe hebdomadaire de l'Institut de Bibliographie, il sera répondu à cette place aux questions qui sont posées par les Abonnés de l'Institut.

D. N. — Oui, nous nous occupons de toutes les traductions dont on veut bien nous charger, soit qu'il s'agisse de traduire en français un article ou un ouvrage étranger, soit qu'il faille traduire en une langue étrangère un article ou un ouvrage français.

Les traductions sont la propriété personnelle de l'abonné et sont, par suite, vendues et non louées.

Elles peuvent être rachetées par l'Institut. Conditions à débattre.

Les copies sont livrées à la machine à écrire *La Hartford*, marque adoptée par l'Institut.

On demande des traducteurs *suédois* et *roumains*.

S'adresser : Institut de Bibliographie, 93, boulevard Saint-Germain.

ÀGENCE CENTRALE
DE LA
Presse Scientifique Internationale

Paris. — 93, boulevard Saint-Germain, 93. — Paris

AVIS TRÈS IMPORTANT

Congrès d'Hygiène et de Démographie de Madrid.

Du 10 au 17 avril 1898

L'AGENCE DE LA PRESSE SCIENTIFIQUE, 93, boulevard Saint-Germain, Paris, *est spécialement autorisée* par le Bureau du IXe CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ET DE DÉMOGRAPHIE DE MADRID (10-17 avril 1898) à recevoir directement les cotisations de tous les Membres adhérents à ce Congrès.

Elle fera parvenir, aux Médecins qui auront versé dans ses bureaux le montant de la cotisation, les *cartes d'identité* et les *billets de chemins de fer* permettant de profiter d'un rabais de 50 0/0 sur les chemins de fer *français* et *espagnols*, exactement comme elle l'a déjà fait pour les autres Congrès internationaux de Médecine.

Il y a urgence à se faire inscrire *de suite* et un réel intérêt à verser le montant de la cotisation immédiatement; cela au point de vue de l'obtention rapide des billets de chemins de fer.

AVIS TRÈS IMPORTANT

Tout étudiant en médecine, qui enverra à la *Gazette Médicale de Paris*, 93, boulevard Saint-Germain, Paris, deux exemplaires de sa thèse de doctorat, aura droit *gratis* à un abonnement d'un an, à la seule condition d'en adresser la demande écrite aux bureaux de l'*Institut de Bibliographie*, 93, boulevard Saint-Germain.

Le Rédacteur en chef-Gérant : Marcel BAUDOUIN.

Paris. — Imp. de la BOURSE DE COMMERCE (Ch. Bivort), 33, rue J.-J.-Rousseau.